

Geneva
Univ. Exchange

JAN 10 1925

19
Lane Medical Library

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE — Professeur: Dr O. BEUTTNER

Deux cas de grossesse abdominale dont un compliqué d'une forme particulière d'adénome kystique de la muqueuse cervicale

Etude clinique et histologique

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred JUKER

MÉDECIN-CHIRURGIEN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
(Bolligen-Berne)

GENÈVE

SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE D'IMPRESSION
IMPRIMERIE JENT, SOCIÉTÉ ANONYME, BOULEVARD GEORGES-FAVON.

1924

Thèse N° 1111

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTE DE MEDECINE
CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE — Professeur: Dr O. BEUTTNER

Deux cas de grossesse abdominale dont un compliqué d'une forme particulière d'adénome kystique de la muqueuse cervicale

Etude clinique et histologique

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred JUKER

MÉDECIN-CHIRURGIEN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
(Bolligen-Berne)

GENÈVE

SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE D'IMPRESSION
IMPRIMERIE JENT, SOCIÉTÉ ANONYME, BOULEVARD GEORGES-FAVON.

1924

Thèse N° 1111

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le professeur O. BEUTTNER autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 8 Mars 1924.

Le Doyen : H. CRISTIANI.

A MA CHÈRE MÈRE

Hommage d'affection et de reconnaissance.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer à M. le Professeur O. BEUTTNER toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant l'élaboration de notre thèse, dont il nous a suggéré l'idée.

Nous prions aussi Monsieur le Dr M. MOLLOW, chef de laboratoire, de croire à nos sentiments de profonde gratitude pour sa direction obligeante et précieuse.

I. INTRODUCTION

Tandis qu'anciennement la grossesse ectopique comptait pour être d'une très grande rareté, il n'en est plus de même aujourd'hui, depuis que nous savons mieux la diagnostiquer. Il y a, cependant, parmi les nombreuses variétés de grossesses ectopiques, des formes qui, soit par suite de leur rareté relative, soit par certaines particularités de leur évolution, et par les phénomènes présentés à l'observateur lors de celle-ci, méritent encore aujourd'hui d'être étudiées.

Tels nous semblent les deux cas de grossesse abdominale, l'un intra-péritonéale, l'autre extra-péritonéale (intra-ligamentaire), observés ces dernières années à la Clinique Gynécologique de l'Université de Genève, cas que nous voulons présenter dans ce travail. Dans les deux cas, il s'agit de grossesses fort avancées en âge, puisque l'une est âgée de sept et l'autre de huit mois

A propos de ce dernier cas, nous voulons décrire aussi une forme particulière d'adénome cervical kystique, qui n'a rien de commun avec l'état gravidique.

L'étiologie de la grossesse tubaire n'est, malgré toutes les recherches, et toutes les théories, pas encore tirée au clair. Des anomalies et des modifications pathologiques des trompes de Fallope, ainsi par exemple des salpingites anciennes, des inflammations tubaires, la desquamation de l'épithélium et la perte de ses cils, des rétrécissements de l'*ostium uterinum*, des coudures dues à des adhérences, des cas de développement infantile de la trompe, ne suffisent pas pour expliquer tous les cas, vu que dans un tiers environ de toutes les trompes gravides étudiées, on n'a trouvé aucune

modification pathologique. Ces derniers temps on envisage aussi les fausses sorties que fait l'œuf, lors de sa migration, dans les diverticules de la trompe. A la Clinique Gynécologique de Genève, où les grossesses ectopiques sont relativement fréquentes, les trompes gravides sont minutieusement examinées après chaque opération par le chef de laboratoire, le Dr M. MOLLOW, qui trouve dans plus de 50 % des cas, l'existence de diverticules. Dans quelques cas de grossesse diverticulaire évidente, il n'a relevé aucune autre lésion susceptible d'entraîner une grossesse ectopique. Il est très probable qu'on est là en présence d'une des causes principales de la grossesse tubaire. D'autres auteurs cherchent la cause dans l'ovule lui-même, sans arriver à des résultats très concluants.

On croyait, il y a 60 ans, que la plupart des grossesses abdominales étaient des grossesses primaires. Une implantation secondaire sur le péritoine n'était admise qu'après constatation d'une rupture tubaire. HECKER ¹ a trouvé en 1859, dans la littérature, 132 cas primaires et seulement 64 cas secondaires. Au Congrès des Gynécologues, à Wurzburg, en 1913, J. VEIT ² a formulé très exactement les conditions de l'implantation péritonéale de l'œuf fécondé. D'après lui, seuls les œufs qu'on trouve vivants dans la cavité abdominale et dont le placenta se trouve en connexion directe avec le péritoine, sans le concours des trompes et des ovaires, ces deux derniers étant aussi bien macroscopiquement que microscopiquement intacts, peuvent être considérées comme étant des grossesses abdominales primaires. Tous les œufs avec fruits morts ou introuvables, n'entrent pas en ligne de compte. Dans ces conditions, un petit nombre seulement des cas de grossesse abdominale primaire publiés, résiste à la critique.

¹ HECKER: cité dans Walker. Diss. Zürich 1919.

² VEIT: cité dans Döderlein, Handb. der Geb. 1916.

Ainsi, par exemple, le cas de RICHTER ¹, où l'auteur a trouvé un ovule grand comme une cerise dans le Douglas en dedans du ligament sacro-utérin, sur la paroi antérieure du rectum, l'ovule s'étant implanté dans la séreuse et la musculature du rectum.

Un second cas de grossesse abdominale primaire paraît être celui de CZYZEVICZ ², où l'ovule s'était implanté sur le grand épiploon. Comme dans le premier cas, l'utérus et les annexes ont été trouvés complètement normaux, cependant une adhérence entre le grand épiploon et le feuillet postérieur du ligament large droit, laisse quand même penser à une implantation primaire dans la trompe, surtout dans une trompe accessoire.

Les cas de KOHLER ³ avec implantation de l'œuf sur les méso-colon et de SELIGMANN ⁴ avec placenta inséré sur la face inférieure du foie, remplissent d'une manière satisfaisante les conditions posées par VEIT.

Enfin, deux cas publiés dernièrement, ne laissent plus de doute sur la possibilité de la grossesse abdominale primaire.

Le premier a été rapporté à la Société de Chirurgie de Paris par M. ROBINEAU ⁵. Il s'agit d'une hystérectomie supra-vaginale pour vieille suppuration pelvienne, conservation d'un ovaire par dessus lequel on pérotinise. Malade revue un an plus tard avec tumeur sus-pubienne et signes fonctionnels d'une grossesse de trois mois : modification des seins, colostrum, etc. L'hypothèse d'une grossesse lui paraissant impossible, M. JACQUES croit à une récurrence de poche pelvienne, fait une colpotomie et extrait un fœtus avec son placenta. La tumeur sentie était un œuf développé entre vessie et rectum et forcément d'origine extra-utérine.

¹ RICHTER : Arch. f. Gyn. Bd 96, p. 161.

² CZYZEVICZ ; Arch. f. Gyn. Bd 48, Heft 2.

³ KÖHLER : Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 48, Heft 2.

⁴ SELIGMANN : Deutsche med. Wochenschr. 1906, No 22, p. 879.

⁵ ROBINEAU : Presse Méd. No 37, 1920, p. 368.

La béance du col, par lequel on avait drainé la malade, l'existence d'un ovaire devenu sous-péritonéal peuvent expliquer cette évolution.

A propos de ce cas, M. J. L. FAURE se souvient d'une observation de M. JABOULAY ayant trait à une grossesse arrivée presque à terme chez une ancienne hystérectomisée pour fibrome.

Le second cas est décrit par WALKER¹ dans sa thèse inaugurale. L'œuf âgé de trois semaines est trouvé dans un caillot situé dans le cul de sac de Douglas, provenant d'une rupture péritonéale dans la fossette ovarienne gauche. La femme a succombé deux jours après la laparotomie, ce qui a permis de pratiquer des coupes à l'endroit même de la rupture et de trouver des villosités choriales insérées dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, qui contient également des cellules analogues aux cellules déciduales. L'examen microscopique de l'utérus, des trompes et des ovaires, n'a montré aucun indice d'implantation primaire.

La grossesse intra-péritonéale est, dans la plupart des cas, secondaire. L'insertion primaire se fait, soit dans la trompe, soit dans l'ovaire. A la suite d'un avortement ou d'une rupture, l'insertion secondaire sur le péritoine a lieu si l'œuf ne s'est pas entièrement décollé, événement qui entraînerait fatalement sa mort. L'œuf ainsi glissé dans la cavité abdominale contracte facilement des adhérences avec les organes environnants ; il peut rester enveloppé de ses membranes ou celles-ci peuvent se déchirer, et alors il flotte librement entre les aines intestinales.

La grossesse abdominale extra-péritonéale ou intra-ligamentaire, paraît être relativement rare. Bien des cas étiquetés du nom de grossesse intra-ligamentaire dans la littérature, ne sont que des grossesses abdominales intra-péritonéales, ce qu'un examen plus précis

¹ WALKER: Ein Fall v. primärer Abdominalschwangerschaft. Inaugural Diss. Zurich 1919.

démontre facilement. En effet, si les adhérences sur la poche fœtale dans une grossesse abdominale intra-péritonéale sont très nombreuses, l'anatomie de la cavité abdominale se complique à tel point qu'une erreur peut facilement être commise.

Le premier cas de grossesse intra-ligamentaire a été décrit par LOSCHGE ¹, en 1818, appelé par l'auteur : *graviditas ligamenti lati.* Plus tard, en 1836, DEZEIMERIS ² décrit un nouveau cas sous la dénomination de : *grossesse sous-péritoneo-pelvienne*. LAWSON-TAIT ³ en 1870, prétendait que toute grossesse ectopique dépassant quatre mois était intra-ligamentaire.

SSCHUCHHARDT ⁴, en Allemagne, examina au point de vue anatomique, un cas opéré par FRAENKEL. Il confirme l'opinion de LOSCHGE, d'après lequel l'œuf pénétrerait dans le ligament large non pas par rupture, de la trompe, mais par prolifération basale du sac tubaire. Depuis que WINKEL eût contesté beaucoup de cas qui étaient décrits comme grossesse intra-ligamentaire, on se demande si cette dernière existe réellement. Cependant, les cas de BUMM ⁵, ZWEIFEL ⁶, ENGELKING ⁷ et surtout, ces derniers temps, de HÖHNE ⁸, démontrent la réalité de son existence. Dans notre cas, le fait de son existence nous paraît incontestable.

Ce mode d'évolution de la grossesse tubaire donne une certaine protection à l'œuf, il met obstacle à l'interruption précoce de la grossesse. En effet, ce qui distingue la grossesse intra-ligamentaire des autres variétés de grossesse ectopique, c'est l'habituelle ab-

¹ LOSCHGE: Arch. f. Med. Erfahrung 1818, Bd II, p. 218.

² DEZEIMERIS: Journ. de Connaiss. Med. Chir. Paris, déc. 1836, p. 257.

³ LEWSON-TAIT: cité dans Winkel. Handb. der Geb. 1904.

⁴ SCHUCHHARDT: Virch. Arch, Bd 89, p. 133.

⁵ BUMM: Cité par I. L. Pfeiffer. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd LXXV, décembre 1923, p.

⁶ ZWEIFEL: *ibid.*

⁷ ENGELKING: Intralig. Entw. Eierstockschw. Monatsschr. f. Gyn. u. Gyn. 1913, Bd 37.

⁸ HÖHNE: Echte Intralig. u. Parametrane Tubenschw. Zentralblatt f. Gyn. 1923, No 2.

sence de phénomènes graves pendant toute la période de la gestation. Quand la rupture, dit Pozzi¹, au lieu de s'effectuer dans la cavité abdominale, s'est produite dans l'épaisseur du ligament large, l'hémorragie est moindre, reste limitée, les symptômes sont moins graves. A ce point de vue, JOYLE et DELHERM², distinguent deux marches différentes dans l'évolution de la grossesse intra-ligamentaire :

1. L'une où l'état général et péritonéal ne donne jamais lieu à de grandes inquiétudes.

2. L'autre, où à un moment donné il y a des perturbations subites dans ces deux états, comme cela arrive dans les grossesses tubaires pures, perturbations suivies d'amélioration à courte échéance.

Le premier cas s'observerait quand l'envahissement du tissu conjonctif intra-ligamentaire se fait sans hémorragie par accroissement basal de la poche ovulaire, tandis qu'on se trouverait en présence du second cas, quand il y a rupture et hémorragie au niveau du bord inférieur de la trompe gravide, entre les deux feuillets du ligament large. Dans ce cas, la rupture n'étant pas en communication avec la cavité péritonéale, et l'hémorragie se faisant dans le tissu conjonctif, on comprend facilement la bénignité relative des accidents.

Suivant l'endroit où se fait la fixation de l'œuf fécondé, LIECHTENSTEIN³ distingue quatre cas :

1. Implantation basiotrope quand l'œuf s'insère au niveau du bord inférieur de la paroi tubaire.

2 et 3. Implantation équatoriale quand l'insertion se fait au niveau de sa face antérieure ou postérieure.

4. Implantation acrotrope quand l'insertion a lieu au niveau de son bord supérieur.

L'implantation basiotrope faciliterait la pénétration ultérieure de l'œuf entre les deux feuillets du ligament

¹ Pozzi : Traité de Gynécologie.

² JOYLE et DELHERM : Revue de Gyn. et de Chir. abdominale,

³ LIECHTENSTEIN : Gesellsch. f. Geb. und Gyn. zu Leipzig 646. Sitzg. v. 17 Juli 1921 : Ueber akrotrope Placentation bei Tubargravidiet.

large, tandis que les autres modes d'implantation donneraient lieu, soit à une rupture de la trompe, soit à un avortement tubaire.

Nous ne voulons pas prétendre, par ces notions sommaires, épuiser toute la littérature sur les grossesses abdominales (on en trouvera la bibliographie complète jusqu'à 1916 dans le Manuel d'Obstétrique de DODERLEIN¹, à la fin du chapitre consacré aux grossesses ectopiques, écrit par J. VEIT). Nous n'avons enregistré que des faits qui nous paraissaient indispensables à la discussion de nos deux cas, dont nous allons maintenant présenter les observations cliniques.

II. OBSERVATIONS

CAS 1. — Observation No 228, 1921. *Grossesse abdominale* âgée de huit mois.

Mme M. J., âgée de 34 ans, réglée à 15 ans, règles régulières, abondantes, durant 5 à 6 jours, indolores. Mariée depuis 12 ans, elle n'a eu qu'une grossesse ectopique (voir plus loin). En 1909, laparotomie pour obstruction intestinale. On constate dans le petit bassin un pyosalpinx droit adhérent aux anses de l'intestin grêle. Destruction des adhérences et drainage vaginal et abdominal. En 1913, nouvelle laparotomie médiane au niveau de l'ancienne cicatrice, à la Clinique Gynécologique de l'Université de Genève (Observation No 297, 1913), pour une grossesse tubaire gauche avec hématoécèle rétro-utérine. On extirpe cette dernière avec les annexes gauches qui y adhèrent intimement. La trompe droite prolabée dans la profondeur est

¹ DÖDERLEIN : Handbuch der Geb. 1916.

soudée à l'ovaire au niveau de son extrémité distale, mais l'*ostium* abdominal est resté perméable. Drainage abdominal et vaginal. L'opérée quitte le Service de Gynécologie 16 jours après l'opération. L'examen pratiqué à ce moment démontre : col fermé, utérus antéfléchi, indolore, la trompe droite, légèrement sensible, roule sous les doigts. Depuis sa sortie et jusqu'au 26 septembre 1920, époque de ses dernières règles, les menstruations ont été normales. En octobre 1920, à l'époque présumée des règles, perte de quelques gouttes de sang seulement. Un mois plus tard, son médecin constate une grossesse qu'il estime en évolution normale. Quelques jours après (le 21 décembre 1920), douleur brusque et intense dans le bas-ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, pâleur, sueurs froides et perte de connaissance. Les jours suivants, la douleur se calme petit à petit et tout rentre dans l'ordre au bout de quinze jours. Les premiers mouvements actifs du fœtus sont ressentis au mois de mars 1921. Début des douleurs le 12 juin 1921, à minuit, elles sont peu intenses, irrégulières, accompagnées de légères pertes de sang. Entrée dans le Service d'Obstétrique le 13 juin 1921, à 2 heures. On constate un abdomen de volume correspondant à une grossesse à terme. La ligne blanche, située entre deux cicatrices de laparotomie médiane, est légèrement pigmentée. A la palpation, à quatre travers de doigt au-dessous et un peu à droite de l'appendice xyphoïde, on sent une résistance irrégulière se continuant à droite par un plan de résistance allongé verticalement ; au niveau du détroit supérieur, il existe une partie irrégulière paraissant fixée, de consistance ferme, et à côté d'elle, remontant à quatre travers de doigt à gauche, une masse arrondie, moins ferme. On ne perçoit nettement nulle part de petites parties. Dans la région ombilicale, perception nette de gargouillements à la pression, et sonorité à la percussion. A l'ausculta-

tion, souffle utérin très intense dans toute la région sous-ombilicale perçu avec le plus de netteté à droite. Bruits de cœur fœtal à gauche, avec foyer maximum à 2 cm. au-dessus de l'ombilic. Au toucher rectal, on sent une partie irrégulièrement sphérique, ferme, présentant une dépression à gauche, engagée dans le petit bassin. On ne sent pas le col, ni son orifice externe. Au toucher vaginal, partie engagée irrégulière, le cul de sac postérieur bombe fortement en bas et en avant, le cul de sac antérieur est très allongé, son fond étant inaccessible au doigt explorateur, on ne peut atteindre le col qui reste invisible à l'examen au speculum. On juge, vu cette situation et vu la probabilité d'une grossesse abdominale, l'accouchement impossible par les voies naturelles. Une laparotomie sous-ombilicale est pratiquée séance tenante.

A l'ouverture de l'abdomen il apparaît à la vue, une tumeur ayant des ressemblances avec un kyste ovarique. Cette tumeur est développée surtout à droite et remonte au-dessus de l'ombilic. A gauche, il existe une autre tumeur qui est l'utérus augmenté de volume, comme dans une grossesse de trois mois. Plusieurs anses de l'intestin grêle adhèrent à la grande tumeur. On incise celle-ci dans sa partie médiane, ce qui donne immédiatement lieu à une forte hémorragie, étant donné que l'on se trouve en plein gâteau placentaire revêtu uniquement par la séreuse. Il s'agit donc d'une grossesse abdominale. Le fœtus, dont la tête est enclavée dans le cul de sac rétro-utérin, se laisse extraire avec beaucoup de difficulté à travers la brèche placentaire. Il s'agit d'un enfant mâle, mal formé, long de 48 cm. et pesant 3200 gr. qui respire, mais ne crie pas et succombe au bout de quelques minutes. On décolle le placenta qui est inséré sur le feuillet postérieur du ligament large droit, feuillet qu'il a entraîné pour s'en couvrir lors de son développement progressif au cours de la grossesse. Ensuite, on extirpe, à partir

de la corne utérine droite, le ligament large avec la poche ovulaire jusqu'au ligament infundibulaire droit, puis on résèque plusieurs adhérences épiploïques. Ventro-fixation de la matrice et finalement, drainage du Douglas par voie abdominale.

Suites opératoires. Pouls filant variant de 116 à 110 pulsations à la minute, qui ne se relève pas malgré les moyens thérapeutiques énergiques et variés, dont une transfusion de 250 gr. de sang du mari. Exitus au bout de 24 heures.

Bulletin d'autopsie : (Prof. Askanazy). Extirpation du ligament large droit et des annexes droites, séreuse du Douglas tapissée d'une enveloppe fibreuse. La cavité de Douglas est très dilatée. Caillots sanguins dans le récessus rétrocaecal ; veines spermatiques droites variqueuses, thrombosées ; caillots sanguins entourant tout le paquet de ces veines spermatiques droites ; face interne de la paroi utérine recouverte d'une caduque ; ancienne résection des annexes gauches, avec péritonisation par accollement de l'S sigmoïde. »

Diagnostic anatomique de l'enfant (Prof. Askanazy). « Stase chronique générale ; ecchymoses multiples ; œdème intense général ; cyanose. Fissures de la tête et de la figure, paupières soudées, nez enfoncé, microstomie. Hyperplasie et asymétrie des pavillons de l'oreille. Asymétrie de la calotte avec exostoses linéaires du pariétal gauche et aplatissement du pariétal droit. Atélectasie pulmonaire. Pas de noyaux de Bécлар. Pieds bots, déviation et rétroflexion de la colonne vertébrale. » (Fig. 1.)

En examinant le col de la matrice, qui est un peu augmenté de volume, on constate que le pourtour de l'orifice externe est tapissé par de nombreuses petites vésicules de coloration jaunâtre, serrées les unes contre les autres, ce qui donne à la surface l'aspect d'un rayon de miel. En ouvrant le canal cervical, on remarque que ce dernier est entièrement tapissé, jusqu'à l'orifice



Figure 1



Figure II



Figure III

interne, par les mêmes vésicules. (Fig. 2). A la pression, ces vésicules s'écrasent facilement et laissent s'écouler un liquide très visqueux, filant comme du blanc d'œuf.

Description macroscopique de la pièce. — La pièce se compose : 1. d'un placenta bien développé, irrégulièrement circulaire, ayant un diamètre moyen de 16 cm. et une épaisseur, vers son milieu, de 4 1/2 cm. Sur son bord s'insèrent des lambeaux informes de membranes ovulaires et d'adhérences fibreuses. Le cordon, gras, long de 35 cm. a une insertion presque centrale. 2. du ligament large, épaissi et déchiqueté, riche en gros vaisseaux ; il s'applique contre la face maternelle du placenta. 3. d'un bout du ligament rond droit, formant un cordon dont l'épaisseur atteint 12 mm. en moyenne. 4. du bout utérin de la trompe droite, long de 3 1/2 cm., fortement déchiqueté pendant l'opération, dans son tiers externe. Le bout abdominal de la trompe ainsi que l'ovaire, manquent sur la pièce.

Description microscopique du bout utérin de la trompe droite. — Les couches séreuse et musculaire sont très fortement épaissies et richement vascularisées. Les fibres musculaires sont augmentées de volume, surtout sous la séreuse où elles arrivent à un volume de 5 à 6 fois plus grand que le volume normal. Dans la couche musculaire longitudinale il y a, par endroits, des nodules de lymphocytes, indice d'anciens phénomènes inflammatoires. La lumière de la trompe est étroite, à peine visible à l'œil nu, les franges sont peu nombreuses très courtes et un peu épaissies. Leur revêtement épithélial ne présente rien de spécial. Dans la lumière, et sans connexion avec la paroi, on constate la présence, en coupe transversale, de deux franges dont l'épithélium de revêtement est en grande partie desquamé, et dont presque la totalité des cellules conjonctives est transformée en cellules épithéloïdes un peu allongées, disposées en mosaïque (cellules déciduales). Sur le bord inférieur, dans l'épaisseur de la couche mus-

culaire externe, il y a plusieurs gros vaisseaux dont le calibre varie de 2 à 4 mm. de diamètre.

Examen microscopique du ligament rond. — Il n'y a ici que de simples phénomènes d'hypertrophie gravidique : les faisceaux musculaire lisses et striés sont très fortement augmentés de volume.

Placenta et ligament large droit. — Les coupes pratiquées à ce niveau ne démontrent rien de spécial. Le placenta est constitué dans sa partie fœtale comme tout placenta normal à terme. Sa partie maternelle est formée par les éléments conjonctivo-vasculaires et musculaires lisses du ligament large. Dans la couche séreuse on découvre, par endroits, des nodules de cellules déciduales.

Col de la matrice (pièce d'autopsie). — A l'examen microscopique, on constate, sur des coupes faites au niveau du canal cervical, l'existence de deux couches : l'une externe musculaire, l'autre interne glandulaire. L'épaisseur de cette dernière varie entre 5 et 8 mm., suivant les endroits. Elle est constituée par des vésicules visibles déjà à l'œil nu, de grandeur différente et de forme irrégulière, en général polyédriques par pression réciproque, structure qui rappelle un goître colloïde. Les vésicules sont tapissées généralement par un épithélium cylindrique, à couche unique, à cellules hautes, claires, avec noyau elliptique disposé du côté de la membrane basale et dont le grand axe est perpendiculaire à celle-ci. Dans certaines vésicules, l'épithélium est cubique, enfin dans quelques-unes, les plus grosses, il est plus ou moins aplati. Le contenu des vésicules consiste en une substance gélatiniforme, de structure d'apparence fibrillaire, avec fibrilles parallèles formant des ondulations en tourbillons et contenant des cellules épithéliales desquamées. Le chorion, entre les formations kystiques, est constitué par du tissu conjonctif fibrillaire, relativement pauvre en cellules, mais, toutefois, plus riche qu'à l'état normal.

Suivant les endroits, ce tissu est lâche, plus ou moins dense, ou manque presque complètement. Il y a même des vésicules glandulaires arrivant en contact les unes avec les autres, sans interposition de tissu conjonctif. La surface est recouverte par un épithélium analogue à celui qui tapisse les vésicules, par places il est desquamé. Sous cet épithélium, il existe une étroite zone avec infiltration assez marquée d'éléments mobiles. Cette infiltration n'existe pas dans la profondeur. Du côté du canal cervical, l'épithélium de revêtement est recouvert par une mince couche d'une substance analogue à celle que contiennent les vésicules et qui renferment de nombreux polynucléaires. La couche externe est formée de faisceaux de fibres musculaires lisses, hypertrophiés, entrecroisés dans différents sens, séparés par du tissu conjonctif assez dense, très richement vascularisé.

CAS 2. Observation No 68, 1923. *Grossesse intra-ligamentaire droite, de 7 mois.*

Mme D. J., âgée de 27 ans. Réglée à 14 ans, règles régulières, abondantes, durant 4 jours, douloureuses au début de l'écoulement menstruel. Dernières règles le 12 juillet 1922. Au début de la grossesse, vomissements matutinaux et vertiges assez intenses. Le 11 octobre, à 6 heures, douleur brusque et très vive dans la fosse iliaque gauche, suivie d'une forte pâleur et d'évanouissement. Les jours suivants, douleurs intermittentes dans le bas-ventre et vomissements fréquents. Après 6 semaines de repos au lit, tout rentre dans l'ordre. Les premiers mouvements actifs du fœtus sont ressentis vers le milieu du mois de novembre 1922. Au commencement du mois de février 1923, le fœtus cesse de bouger. Entrée dans le Service de Gynécologie le 13 février 1923. On constate, à l'inspection, une augmentation de l'abdomen correspondant à une grossesse de 6 à 7 mois. La ligne blanche est peu pigmentée, pas de vergetures. A droite de l'ombilic,

voussure de la largeur d'une grande paume de main. A la palpation, on sent une résistance s'étendant en bas jusqu'à la symphyse pubienne. En suivant le bord de cette résistance, on remarque qu'elle remonte du côté gauche jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'arcade fémorale. Elle s'incurve ensuite horizontalement vers la ligne médiane, arrive à 4 1/2 cm. à gauche de la ligne blanche et à 8 cm. au-dessus de la symphyse, de là elle remonte dans la direction du rebord des fausses côtes, contourne l'ombilic, le dépasse, puis redescend vers l'épine iliaque antéro-supérieure droite pour disparaître derrière la symphyse en longeant l'arcade à 3 cm. au-dessus d'elle. On constate ainsi la présence de deux résistances assez distinctes l'une de l'autre ; l'une à gauche au-dessus de l'arcade fémorale, de consistance plutôt dure, mobile d'avant en arrière et de haut en bas, moins mobile latéralement ; l'autre est supérieure et séparée de la première par une encoche très nette, de consistance un peu moins dure et de limite plus imprécise. Cette dernière tumeur est un peu douloureuse et mobile sur les plans sous-jacents. A la percussion, matité absolue sur toute l'étendue de la tumeur inférieure ; sur la tumeur supérieure, la matité augmente à mesure qu'on se rapproche de son pôle inférieur ; sub matité à partir de l'ombilic, et sonorité à la limite supérieure. A l'auscultation, souffle utérin très net au point de Mac Burney, se propageant vers la ligne blanche et avec intensité maximale en son milieu. Pas de bruit de cœur fœtal. Aux seins, colostrum.

Organes génitaux : vulve cyanosée, quelques pertes blanchâtres et un peu de sérosités légèrement hémorragiques s'écoule du vagin. Au toucher : vagin large et court ; col extrêmement ramolli, un peu abaissé, perméable pour le doigt. Utérus augmenté de volume en élévation et anté-position, gros comme dans une grossesse de deux à trois mois, remontant à trois travers

de doigt au-dessus de la symphyse et un peu à gauche. Dans le Douglas, accolé à la lèvre postérieure du col, on trouve une résistance fixée de la grosseur d'une tête de nouveau-né, se propageant jusqu'au plan osseux en forme de pain de sucre. Cette tumeur est de consistance irrégulière et présente quelques petites nodosités sur sa paroi antérieure. Au toucher rectal : on constate que la face postérieure de cette tumeur est plutôt lisse. *Culs de sacs latéraux* : le droit est large de deux travers de doigts, le gauche de trois. Au spéculum, col très volumineux, de couleur violacée et portant de nombreux œufs de Naboth.

Une radiographie faite le même jour nous montre très nettement un squelette fœtal en présentation sacro-iliaque droite transverse, siège décomplété, mode des fesses, profondément enclavé dans le petit bassin. (Fig. 3.)

On pose le diagnostic de grossesse abdominale et décide d'intervenir chirurgicalement.

À l'opération on trouve la matrice légèrement déviée à gauche, aplatie contre la symphyse, et de volume correspondant à une grossesse entre deux et trois mois. Une volumineuse tumeur occupe le petit bassin et la fosse iliaque droite. La trompe droite remonte d'arrière en avant et de bas en haut sur la tumeur et se perd en s'étalant dans sa paroi, après un parcours de quelques centimètres. La partie inférieure droite de cette tumeur sillonnée de grands vaisseaux turgescents, est rouge foncée. La consistance à ce niveau est molle, élastique. Le reste de la tumeur est de coloration jaune-verdâtre, de consistance molle fluctuante à parois minces, translucides. Il s'agit d'une grossesse intra-ligamentaire droite. On incise, le long du ligament rond droit, le feuillet antérieur du ligament large pour dénuder l'œuf. Celui-ci a soulevé le péritoine du Douglas et le méso de l'anse sigmoïde. Ensuite, on incise les membranes ovulaires en dehors de la région placentaire

et l'on extrait un fœtus mort, avec début de macération, âgé d'environ 7 mois. La tumeur est finalement enlevée en excisant le feuillet postérieur du ligament large : il en résulte une vaste plaie péritonéale que l'on draine à la Mikulicz. Au bout de dix jours, ce pansement est remplacé par un drain.

Description macroscopique de la pièce. — La pièce se compose de la trompe, de l'ovaire et du ligament large droit sectionné sur le bord droit de la matrice. Le ligament large contient une tumeur de la grosseur d'une grosse tête d'adulte. De cette tumeur sort un cordon ombilical appartenant à un fœtus dont nous parlerons plus loin. A l'endroit de la section, le ligament large mesure 6 cm. de hauteur sur 6 mm. d'épaisseur moyenne. A ce niveau, on aperçoit la coupe du bout utérin de la trompe aplati d'avant en arrière et le pédicule de l'ovaire. La trompe peut être poursuivie sur un trajet de 5 cm. en dehors, après quoi elle se perd dans la paroi d'une tumeur kystique intra-ligamentaire de forme irrégulièrement ovoïde. La portion visible de la trompe avec le ligament large sous-jacent est appliquée contre la tumeur, de manière que leur section chirurgicale se trouve en arrière, disposition qui simule un sillon entre la trompe et la tumeur. En écartant celui-ci, on redresse la trompe et le ligament large correspondant. On aperçoit alors l'ovaire sur le feuillet postérieur, au fond du sillon. La face antérieure et supérieure de la tumeur porte de nombreux vaisseaux dilatés et remplis de sang. Elle est recouverte par la séreuse du ligament large. De nombreuses adhérences membrauiformes, filiformes ou rubanées, richement vascularisées, souvent porteurs de gros vaisseaux, prennent insertion sur cette face. La paroi à ce niveau est relativement épaisse. Il y existe, sur certains points, des déchirures produites artificiellement par des instruments chirurgicaux. A travers de ces déchirures on aperçoit à l'intérieur de la tumeur une substance molle,

spongieuse, couleur de foie (placenta). La face postérieure et la moitié postérieure de la face supérieure ont une paroi mince transparente, largement déchirée sur plusieurs points. Cette paroi, constituée par les membranes ovulaires fœtales (chorion et amnion) est couverte par endroits de lambeaux irréguliers à bords déchiquetés de membranes fibreuses provenant du feuillet postérieur du ligament large. A travers une déchirure, sort un cordon ombilical, long de 58 cm. qui provient d'un fœtus de 34 cm. de longueur, à demi macéré et qui, d'autre part, se jette dans le placenta situé dans la moitié supéro-antérieure de la tumeur où il prend une insertion marginale presque vélamenteuse. Le placenta forme un gâteau circulaire très épais, dont le diamètre mesure 13 cm. et l'épaisseur au centre 5 cm. Il pèse 530 gr. L'ovaire a une forme ovoïde légèrement bosselée, il mesure 3 cm. 1/2 sur 2 cm. 1/2 sur 1 cm. 1/2 ; sa coloration est blanc nacré. A la coupe, il est riche en petits kystes atrésiques.

Examen microscopique de la pièce. — Ovaire droit. A la surface de l'ovaire on constate l'existence de quelques adhérences fibreuses filiformes. L'épithélium germinatif n'existe que par places. L'albuginée est mince, bien distincte. Dans la couche superficielle de la substance corticale, immédiatement au-dessous de l'albuginée, on rencontre de nombreux petits nodules constitués par de grosses cellules claires, polygonales, un peu allongées, à noyaux ovales, bien colorés, souvent légèrement excentriques, et qui contiennent un ou deux gros nucléoles, bien visibles : il s'agit de nodules de cellules déciduales. L'emplacement de ces nodules correspond aux insertions des adhérences à la surface de l'ovaire. Dans la substance corticale, il y a peu de follicules primordiaux. Les formations d'atrésie kystiques et oblitérantes sont très fréquentes. L'atrésie kystique est de beaucoup prédominante. Certaines cicatrices d'atrésie oblitérante sont entourées d'une large zone

de cellules intersticielles. Les kystes atrésiques sont plus souvent de forme sphérique. Les plus petits contiennent une granuleuse bien développée renfermant un ovule plus ou moins dégénéré. Toutes ces formations kystiques sont entourées d'une couche atteignant souvent plusieurs millimètres d'épaisseur d'îlots de cellules intersticielles. Dans le stroma ovarien, on trouve également de nombreux nodules de ces cellules lutéiniques d'origine de la thèque folliculaire interne. Enfin, cet ovaire contient un corps jaune relativement récent qui est entièrement comblé de grosses cellules lutéiniques en parfait état de conservation, séparées en gros îlots par des bandes de tissu conjonctif de nouvelle formation. Hypérémie dans toute l'étendue de l'ovaire.

Trompe droite. — Sur des coupes pratiquées à égale distance entre la tumeur ovulaire et la corne utérine droite, on constate que la lumière de la trompe est très étroite, à peine visible à l'œil nu. Elle est limitée par les franges épaissies très peu nombreuses, très courtes, sans plissements lui donnant une forme étoilée. Le revêtement épithélial paraît normal. La couche musculaire interne (circulaire) est épaissie, infiltrée, dans ses couches les plus profondes, en dehors de l'épithélium, de lymphocytes et de plasmocytes. Ces mêmes éléments se retrouvent dans la couche musculaire où ils forment, par endroits, de petits nodules. Il n'y a pas d'hypertrophie appréciable des fibres musculaires lisses. Dans la couche séreuse, au niveau du bord supérieur de la trompe, il y a deux vaisseaux, une veine et une artère dont la lumière est nettement visible à l'œil nu. Au niveau du bord inférieur, dans le ligament large, il existe plusieurs vaisseaux à lumière large, variant de 2 à 4 mm. de diamètre.

Sur des coupes pratiquées à 1 cm. de l'insertion de la trompe sur la tumeur ovulaire, on constate que la trompe fait une très forte sinuosité en huit de chiffre, dans laquelle, au niveau des fortes courbures, la lumière

est d'un calibre très exigü. En dehors de cette courbure, la lumière s'élargit petit à petit au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'œuf. Sur les coupes les plus proches de celui-ci, elle a un diamètre de 5 mm. 12. les franges sont peu nombreuses, soudées à leur base où elles forment une couche de pseudo-follicules, aplaties dans le sens radiaire, leurs extrémités libres dans la lumière se ramifient abondamment. Les ramifications prennent une forme sphérique, ce qui leur donne l'aspect d'une grappe de raisin. L'épithélium de revêtement est bien conservé dans les pseudo-follicules, tandis que sur les franges, flottant dans la lumière, il manque en grande partie et ce qui en reste est mal conservé, sans cils. Les cellules du tissu conjunctivo-vasculaires des franges libres ont subi une transformation déciduale très nette. Les fibres musculaires sont ici fortement hypertrophiées, la couche musculaire interne (circulaire) a diminué d'épaisseur, tandis que l'externe (longitudinale) est devenue plus épaisse. On constate la présence des mêmes vaisseaux sur le bord supérieur de la trompe qui, un peu plus loin, se jettent dans la paroi de l'œuf.

Sur des coupes faites à l'endroit où la trompe se confond avec la paroi ovulaire et au delà, on constate que la lumière de la trompe ne forme plus un canal fermé. Au niveau du bord inférieur, il existe une brèche qui la transforme en gouttière ; dans cette brèche, on trouve des éléments ovulaires fœtaux (chorion, amnion et villosités choriales). Les pseudo-follicules sont ici très fortement allongées dans le sens de la longueur de la trompe. La partie libre des franges s'est fortement raccourcie et ne forme, le plus souvent, que de petits mamelons. Cette même structure se retrouve sur toute la face supérieure de l'œuf, sur une longueur de 6 à 9 cm., suivant les endroits. En avant, et en arrière de cette bande, on ne retrouve plus les éléments caractéristiques de la trompe. A ces endroits, il n'y a que du tissu con-

jonctivo-vasculaire avec des faisceaux très fortement hypertrophiés de fibres musculaires lisses du ligament large, et la séreuse péritonéale. Il est à remarquer que, presque partout, celle-ci forme une nappe de cellules déciduales bien nettes, formant une mosaïque parfaite assez épaisse, constituée par cinq à six rangées de cellules épithéloïdes. Cette réaction déciduale est bien plus marquée encore à la base des adhérences.

III. DISCUSSION

Dans notre premier cas, comme nous le savons par l'observation clinique, l'opération et la description des pièces opératoires et d'autopsie, il s'agit d'une grossesse abdominale intra-péritonéale. Cette grossesse est-elle primaire ou secondaire ? L'existence d'un pyosalpinx adhérent aux anses de l'intestin grêle à droite, constaté lors de l'opération pour occlusion intestinale, en 1909, et l'ablation des annexes gauches, en 1913, auraient pu faire croire à une grossesse primaire malgré les assertions de J. VEIT (voir plus haut), qui n'admet pas de grossesse abdominale primitive avec implantation de l'œuf au voisinage des trompes et des ovaires, comme dans notre cas où le placenta est inséré sur le feuillet postérieur du ligament large. Après chacune des deux opérations qu'elle a subies, comme on avait drainé l'opérée par voie vaginale, une fistulette imperceptible aurait pu amener dans le petit bassin les spermatozoïdes nécessaires à la fécondation d'un ovule issu de l'ovaire droit.

Nous pouvons cependant affirmer qu'il s'agit, dans ce cas, d'une grossesse primitive tubaire, en nous

fondant sur son évolution clinique d'abord, et sur l'examen histologique ensuite. En effet, la possibilité d'une grossesse tubaire ne pourrait pas être exclue par le fait de l'existence d'un pyrosalpinx adhérent aux organes voisins : nous avons vu que quatre ans après sa constatation, lors d'une nouvelle laparotomie pour grossesse tubaire gauche en 1913, on a constaté que la trompe prolabée et adhérente à l'ovaire au niveau de son extrémité distale est restée perméable. La fécondation paraît avoir lieu vers le milieu du mois d'octobre 1920, époque des dernières règles normales. Le mois suivant, il n'y a eu que perte de quelques gouttes de sang, puis, un mois plus tard, nous assistons à des phénomènes de rupture tubaire : douleur brusque et intense dans la fosse iliaque droite, sueurs froides et perte de connaissance, phénomènes qui rétrogradent les jours suivants et se calment tout à fait au bout de quinze jours : l'œuf sorti de la trompe, sans rompre ses liens vasculaires, s'est fixé, d'autre part, sur le feuillet postérieur du ligament large droit.

Lors même que nous n'avons retrouvé, sur la pièce provenant de l'opération, qu'un petit fragment du bout utérin de la trompe, l'examen histologique de celui-ci nous permet d'affirmer que primitivement la fixation de l'œuf a eu lieu justement à son niveau. En effet, à côté des traces d'une ancienne salpingite, on trouve une forte hypertrophie des éléments musculaires et, dans la lumière, des franges avec cellules déciduales. On sait que la réaction déciduale dans les trompes gravides, quand elle existe, est généralement très circonscrite, n'allant pas au delà du voisinage immédiat de l'œuf ; il en est de même de l'hypertrophie musculaire.

Nous pouvons donc conclure que l'insertion primaire de l'œuf a eu lieu dans la trompe au voisinage de l'utérus.

Pendant l'évolution de la grossesse, il n'a jamais été question de grossesse abdominale, on aurait dû cependant y songer après les phénomènes de rupture

tubaires qui se sont produits à la fin du deuxième mois de la grossesse. A la Clinique Obstétricale, on n'a pas posé nettement son diagnostic, mais avant d'opérer on a admis sa possibilité, vu d'abord ces phénomènes de rupture tubaire, calmés au bout de quinze jours, ensuite la faiblesse et l'irrégularité des douleurs, et enfin, l'impossibilité de découvrir le col de la matrice.

Nous n'avons pas l'intention de nous occuper, dans ce travail, du traitement des grossesses intra-péritonéales ; remarquons seulement que dans notre cas, l'opération a été largement facilitée par l'insertion du placenta sur le feuillet postérieur du ligament large ce qui a permis d'extirper totalement l'œuf sans trop de délabrement.

Nous avons décrit, dans le chapitre précédent, à propos de ce cas, une curieuse lésion du col de la matrice prélevée à l'autopsie. Cette lésion qui, à notre connaissance, n'a jamais été décrite jusqu'à présent, consiste d'abord en un épaissement considérable de la muqueuse du canal cervical, dont l'épaisseur normale dépasse à peine 1 mm. (la muqueuse mesure ici jusqu'à 8 mm. d'épaisseur), ensuite, en une transformation kystique des glandes dans toute l'étendue de la muqueuse. S'agit-il d'un phénomène gravidique ? Nous le ne croyons pas. La muqueuse cervicale normale ne présente pas, comme la muqueuse utérine, des modifications gravidiques, à part l'imbibition et l'hypersécrétion. Ce n'est que dans certains états pathologiques que l'on constate une réaction déciduale comme, par exemple, dans les polypes muqueux du canal cervical. Cette lésion ne paraît pas être d'ordre inflammatoire non plus, malgré l'existence d'une nappe infiltrée d'éléments mobiles dans sa couche superficielle et d'un exsudat à sa surface. Cette inflammation nous paraît être secondaire, car dans la profondeur, aussi bien dans le chorion que dans la couche musculaire, il n'y a pas de phénomènes inflammatoires ap-

préciables. Du reste, son aspect histologique ne rappelle que de loin une endométrie kystique, ses vésicules, d'après la description que nous en avons donnée, ne sont pas des œufs de Naboïh : ceux-ci se forment généralement dans la portion inférieure du canal cervical et n'intéressent jamais la totalité des glandes. Nous croyons qu'il s'agit là d'une formation néoplastique bénigne que nous pouvons doter du nom *d'adénome kystique généralisé de la muqueuse cervicale*.

Dans notre second cas, il s'agit incontestablement d'une grossesse abdominale extra-péritonéale (intra-ligamentaire), d'environ sept mois, développée dans le ligament large droit. Cette grossesse a été primitivement tubaire-isthmique ou ampulaire, ce qui est démontré par l'examen histologique de la trompe au voisinage de son implantation sur la tumeur ovulaire. En effet, les phénomènes gravitiques sont ici très marqués : la réaction déciduale est très nette dans les franges. Les vaisseaux de la trompe sont très fortement dilatés, ceux des bords supérieur et inférieur se jettent avec la trompe dans la tumeur, enfin, la musculature présente une hypertrophie considérable.

Trois mois après le début de la grossesse, la malade a présenté des phénomènes très nets de rupture tubaire : douleur brusque et très vive dans la fosse iliaque gauche, suivie de forte pâleur et d'évanouissement, phénomènes qui, petit à petit, se calment les jours suivants, pour se dissiper complètement au bout de six semaines. La rupture a eu sûrement lieu au niveau du bord inférieur de la trompe, entre les deux feuillets du ligament large, ce qui a donné lieu à une grossesse intra-ligamentaire. A cause de ces phénomènes, nous pensons que la pénétration de l'œuf dans le ligament large, s'est faite après rupture, et non pas par accroissement basal.

Après avoir examiné des coupes faites en différents endroits de la paroi de la tumeur ovulaire, nous avons retrouvé les éléments caractéristiques de la trompe

dans une zone large jusqu'à 8 cm. occupant sa face supérieure ; en avant et en arrière de cette zone, on ne trouve plus que les éléments du ligament large qui présente dans sa couche séreuse une réaction déciduale, au niveau des adhérences surtout. A l'endroit même où la trompe se perd dans la tumeur, nous avons constaté une brèche au niveau du bord inférieur de la trompe, brèche dans laquelle s'insinuent les membranes fœtales. Nous sommes donc, vu ces faits, bien en présence d'une grossesse intra-ligamentaire.

Le diagnostic, dans ce cas, a été posé avant l'opération à la radiographie qui a donné nettement la silhouette du squelette d'un fœtus profondément situé dans le petit bassin, chose qui n'arrive pas dans une grossesse normale avec un fœtus de cet âge, et puis l'utérus nettement délimité par le toucher bi-manuel, se trouvait à gauche, de volume plus petit que le fœtus.

L'examen microscopique de l'ovaire a démontré l'existence de nodules de cellules déciduales dans la couche superficielle de cet organe. On rencontre souvent de telles formations dans le péritoine pelvien des femmes gravides. Sur leur provenance, sept hypothèses ont été émises : 1°. Elles proviendraient de l'épithélium péritonéal ; 2°. Ou de la muqueuse utérine par voie sanguine ou lymphatique ; 3°. Implantation de cellules épithéliales de l'ovaire par rupture des follicules de de Graaf ; 4°. Origine congénitale locale ; 5.° Migration vers la surface des cellules déciduales de la muqueuse utérine ; 6°. Inoculation de cellules ayant pénétré dans le péritoine. 7°. Enfin, ces cellules déciduales seraient des productions faites sur place et se formeraient au moment de la grossesse à cause des déchirures traumatiques occasionnées par le changement de volume, le gonflement et le tiraillement de certains organes. Cette dernière hypothèse, qui paraît la plus vraisemblable, a été formulée par L. ACOSTA¹,

¹ L. ACOSTA : Sur le mode de développement des formations déciduales dans le péritoine des femmes enceintes. *Gynaecologia Helvetica* IX, p. 214.

dans un travail qu'il a fait à l'Institut pathologique de Genève, sous la direction du Professeur M. ASKANAZY.

Le Dr POGGI¹, dans un travail sur les ovaires scléro-kystiques, fait à la Clinique Gynécologique de Genève, sous la direction du professeur O. BEUTTNER, confirme quant à l'action traumatique (tiraillements) l'hypothèse d'Acosta et démontre la formation sur place des cellules déciduales à la base des insertions d'adhérences exerçant des tiraillements. Nous apportons ici un appui à cette manière de voir. En effet, les formations déciduales que nous avons constatées dans l'ovaire siègent exclusivement aux endroits où s'insèrent des adhérences fibreuses.

¹ POGGI: La résection partielle des ovaires scléro-kystiques Annales de Gécologie, Paris 1915, page 702.

IV. CONCLUSIONS

En définitive, et en nous basant sur ce qui a été dit dans les chapitres précédents, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1. Dans notre premier cas, il s'agit d'une grossesse intra-péritonéale de huit mois secondaire à une grossesse tubaire isthmique droite.

2. Dans notre second cas, il s'agit d'une grossesse extra-péritonéale de sept mois incluse dans le ligament large droit, secondaire également à une grossesse tubaire droite.

3. A propos de notre premier cas, nous avons signalé une forme non décrite jusqu'à présent d'adénome de la muqueuse cervicale : *adénome kystique généralisé intéressant toute la muqueuse cervicale*.

4. A propos de notre second cas, nous avons confirmé l'hypothèse de la production sur place de formations déciduales au niveau du péritoine pelvien à la suite de facteurs mécaniques lors de l'état gravidique.
